Boletim Epidemiológico 27

Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde
Volume 49 | Jun. 2018

Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017

Introdução

As violências contra crianças e adolescentes são consideradas problemas de saúde pública e violação dos direitos humanos, e geram graves consequências nos âmbitos individual e social.[1,2] As violências sexuais contra essa população afetam meninas e meninos e muitas vezes ocorrem nos espaços doméstico, familiar e escolar, o que não garante visibilidade na esfera pública e dificulta o acesso aos serviços de saúde.[1,3]

Um caso de violência que chocou o país ocorreu no dia 18 de maio de 1973, na cidade de Vitória/ES. Este crime bárbaro ficou conhecido como o "Caso Araceli". Uma menina de apenas 8 anos de idade, Araceli, teve todos os seus direitos humanos violados: foi raptada, drogada, estuprada, morta e carbonizada. Os suspeitos de envolvimento no crime pertenciam a famílias de classe média alta do estado do Espírito Santo e o processo do caso foi arquivado pela Justiça, após julgamento e absolvição dos acusados.

Por causa desse e de outros casos, no ano 2000, o 18 de maio foi instituído como o *Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes*, e, todos os anos, essa data tem o propósito de levantar reflexões e oportunizar a avaliação das ações e políticas públicas voltadas para a proteção de crianças e adolescentes.

Para dar visibilidade à violência, revelando sua magnitude, tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas, localização de ocorrência e outras características dos eventos, o Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva). A partir de 2011,[4] a notificação de violências no âmbito da saúde passou a ser compulsória para todos os serviços de saúde públicos e privados, e em 2014[5] os casos de violência sexual passaram a ter caráter imediato de notificação, devendo ser comunicados à Secretaria Municipal de Saúde em até 24 horas após o atendimento da vítima. Outra ação obrigatória é a comunicação de qualquer tipo de violência contra crianças e adolescentes ao Conselho Tutelar, conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).[6]

O Ministério da Saúde, como integrante do Sistema de Garantia de Direitos (SGD) e grande interessado pela temática da proteção dos direitos de crianças e adolescentes, compreende que é preciso garantir a toda criança e adolescente o direito ao desenvolvimento de sua sexualidade de forma segura e protegida, livre de violências e exploração sexual.

Este boletim apresenta uma análise sobre o perfil das violências sexuais contra crianças e adolescentes e um panorama sobre a rede de serviços de referência para a atenção às pessoas em situação de violência sexual. Assim, esta análise poderá contribuir para conscientizar sobre o problema, e para a proposição de políticas públicas para o seu enfrentamento, além de apoiar a prevenção e a promoção de uma cultura de paz.

Métodos

Estudo descritivo do perfil epidemiológico das violências sexuais contra crianças e adolescentes notificadas pelos serviços de saúde, no período de 2011 a 2017. Este estudo delimita como crianças os indivíduos com idade entre zero e 9 anos e como adolescentes aqueles entre 10 e 19 anos, conforme a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e adotada pelo Ministério da Saúde.[7]

Boletim Epidemiológico
Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde

ISSN 9352-7864

Colaboradores
Aline Aguiar Freitas de Lima (Coordenação-Geral da Saúde das Crianças e Aleitamento Materno/ CGSCAM/DAPES/SAS)

Débora Estela Massarante Pereira (Coordenação-Geral da Saúde de Adolescentes e Jovens/CGSAJ/ DAPES/SAS)

Gracielly Alves Delgado (Coordenação-Geral da Saúde de Adolescentes e Jovens/CGSAJ/DAPES/SAS)

Isabella Vitral Pinto (Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis/CGDANT/DANTPS/SVS)

Mariana Gonçalves de Freitas (Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis/CGDANT/DANTPS/SVS)

Rayone Moreira Costa Veloso Souto (Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis/CGDANT/DANTPS/SVS)

Vinícius Oliveira de Moura Pereira (Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis/ CGDANT/DANTPS/SVS).

Secretaria Executiva
Márcia Maria Freitas e Silva (CGDEP/DEGEVS/SVS)

Normalização
Ana Flávia Lucas de Faria Kama (CGDEP/DEGEVS/SVS)

Revisão de texto
Maria Irene Lima Mariano (CGDEP/DEGEVS/SVS)

Diagramação
Thaisa Oliveira (CGDEP/DEGEVS/SVS)

Projeto gráfico
Fred Lobo, Sabrina Lopes (GAB/SVS)

Distribuição Eletrônica
Fábio de Lima Marques, Flávio Trevellin Forini (GAB/SVS)

Ministério da **Saúde**

Governo Federal

Apresentação

O Boletim Epidemiológico, editado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, é uma publicação de caráter técnico-científico, acesso livre, formato eletrônico com periodicidade mensal e semanal para os casos de monitoramento e investigação de agravos e doenças específicas. A publicação recebeu o número de ISSN: 2358-9450. Este código, aceito internacionalmente para individualizar o título de uma publicação seriada, possibilita rapidez, qualidade e precisão na identificação e controle da publicação. Ele se configura como importante instrumento de vigilância para promover a disseminação de informações relevantes e qualificadas, com potencial para contribuir com a orientação de ações em Saúde Pública no país.

Os dados utilizados neste estudo foram extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), a partir das fichas de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada. As bases de 2015 e 2016 passarão por limpeza e exclusão de duplicidade pelo Ministério da Saúde e, portanto, estarão sujeitas a alterações. A base de 2017 é preliminar e foi extraída em janeiro de 2018.

Incluem-se como violência sexual os casos de assédio, estupro, pornografia infantil e exploração sexual, que podem se manifestar das seguintes maneiras:[8] abuso incestuoso; sexo forçado no casamento; jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas; pedofilia; voyeurismo; manuseio; penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui, também, exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico.[8] Ademais, se consideram os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento, impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e direitos reprodutivos.[8]

Foi realizada uma análise descritiva das características sociodemográficas das vítimas de violência sexual (idade, raça/cor da pele, presença de deficiência/transtorno e região de residência), das características do evento (violência de repetição, local de ocorrência e tipo de violência sexual) e das características do provável autor da violência sexual (número de envolvidos, sexo do agressor e vínculo com a vítima), segundo o sexo das vítimas (masculino, feminino) e cursos de vida das vítimas (criança e adolescente). A idade no grupo das crianças foi categorizada em menor de 1 ano, de 1 a 5 anos, e de 6 a 9 anos; no grupo dos adolescentes, foi categorizada em 10 a 14 anos e 15 a 19 anos. Na variável raça/cor da pele, as categorias "preta" e "parda" foram agregadas como "negra".

Para conhecer a distribuição dos serviços especializados de atenção às pessoas em situação de violência sexual nos estados brasileiros, foram utilizadas as bases do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de 2014 a 2018, disponibilizadas pela Coordenação Geral de Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC/SAS/MS). Para os anos de 2014 a 2017, utilizou-se a competência de dezembro de cada ano, e para 2018 foi utilizada a competência de abril. Os serviços de coleta de vestígios (classificação 008) só começaram a ser informados no SCNES na competência de novembro de 2015.

Resultados

No período de 2011 a 2017, foram notificados no Sinan 1.460.326 casos de violência interpessoal ou autoprovocada. Desse total, foram registradas 219.717 (15,0%) notificações contra crianças e 372.014 (25,5%) contra adolescentes, concentrando 40,5% dos casos notificados nesses dois cursos de vida.

Nesse período, foram notificados 184.524 casos de violência sexual, sendo 58.037 (31,5%) contra crianças e 83.068 (45,0%) contra adolescentes, concentrando 76,5% dos casos notificados nesses dois cursos de vida. Comparando-se os anos de 2011 e 2017, observa-se um aumento geral de 83,0% nas notificações de violências sexuais e um aumento de 64,6% e 83,2% nas notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes, respectivamente (Figura 1).

Os perfis das notificações de violências sexuais nesses dois grupos etários serão apresentados nas seções a seguir.

Perfil das notificações de violência sexual contra crianças

A avaliação das características sociodemográficas de crianças vítimas de violência sexual mostrou que 43.034 (74,2%) eram do sexo feminino e 14.996 (25,8%) eram do sexo masculino. Do total, 51,2% estavam na faixa etária entre 1 e 5 anos, 45,5% eram da raça/cor da pele negra, e 3,3% possuíam alguma deficiência ou transtorno. As notificações se concentraram nas regiões Sudeste (40,4%), Sul (21,7%) e Norte (15,7%) (Tabela 1).

Entre as crianças do sexo feminino com notificação de violência sexual, destaca-se que 51,9% estavam na faixa etária entre 1 e 5 anos e 42,9% entre 6 e 9 anos, 46,0% eram da raça/cor da pele negra, e as notificações se concentraram nas regiões Sudeste (39,9%), Sul (20,7%) e Norte (16,7%) (Tabela 1).

Entre as crianças do sexo masculino com notificação de violência sexual, destaca-se que 48,9% estavam na faixa etária entre 1 e 5 anos e 48,3% entre 6 e 9 anos, 44,2% eram da raça/cor da pele negra, e as notificações se concentraram nas regiões Sudeste (41,8%), Sul (24,6%) e Norte (12,7%) (Tabela 1).

Fonte: Sinan/MS. As bases de 2015 e 2016 podem sofrer alterações. A base de 2017 foi extraída em janeiro de 2018.
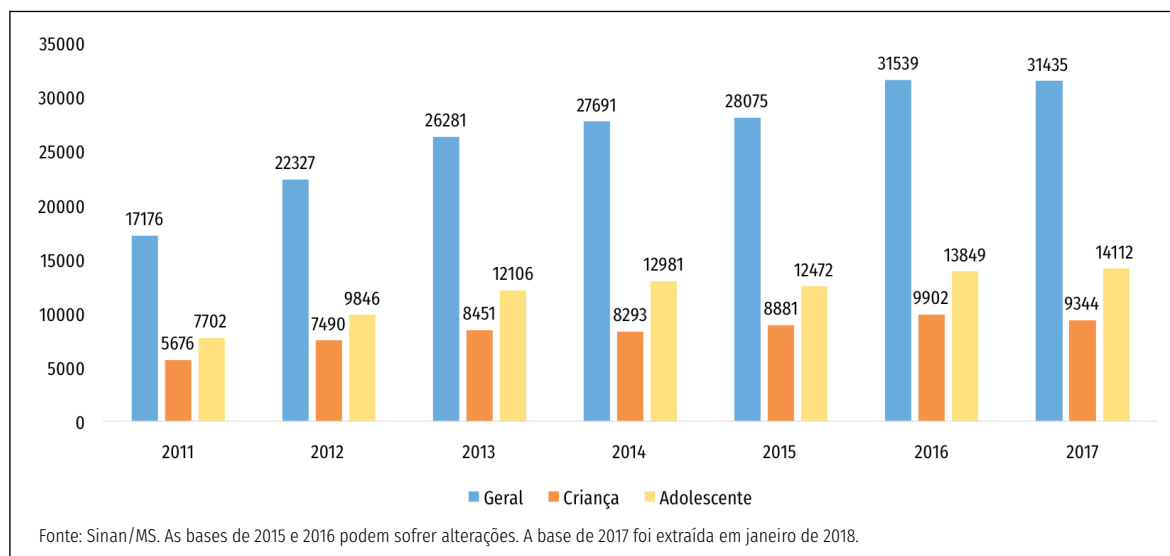
FIGURA 1 Número de notificações de violência sexual, total e contra crianças e adolescentes, segundo ano de notificação, Brasil, 2011-2017

TABELA 1 Características sociodemográficas de crianças vítimas de violência sexual notificada no Sinan, segundo sexo, Brasil, 2011-2017

Características	Criança (n=58.037)[a]					
	Total		Feminino (n=43.034)		Masculino (n=14.996)	
	n	%	n	%	n	%
Faixa etária (em anos)						
<1	2.653	4,6	2.238	5,2	415	2,8
1 a 5	29.686	51,2	22.354	51,9	7.332	48,9
6 a 9	25.691	44,3	18.442	42,9	7.249	48,3
Raça/cor da pele						
Branca	22.611	39,0	16.577	38,5	6.034	40,2
Negra	26.407	45,5	19.782	46,0	6.625	44,2
Amarela	280	0,5	209	0,5	71	0,5
Indígena	586	1,0	509	1,2	77	0,5
Ignorada	8.146	14,0	5.957	13,8	2.189	14,6
Deficiência/transtorno						
Sim	1.910	3,3	1.199	2,8	711	4,7
Não	47.828	82,4	35.818	83,2	12.010	80,1
Não se aplica	185	0,3	140	0,3	45	0,3
Ignorado	8.107	14,0	5.877	13,7	2.230	14,9
Região de residência						
Norte	9.106	15,7	7.200	16,7	1.906	12,7
Nordeste	7.270	12,5	5.695	13,2	1.575	10,5
Sudeste	23.417	40,4	17.156	39,9	6.261	41,8
Sul	12.597	21,7	8.913	20,7	3.684	24,6
Centro-Oeste	5.635	9,7	4.067	9,5	1.568	10,5
Ignorada	5	-	3	-	2	-

a. Foram identificadas sete crianças com sexo ignorado.
Fonte: Sinan/Ministério da Saúde. As bases de 2015 e 2016 podem sofrer alterações. A base de 2017 foi extraída em janeiro de 2018.

A avaliação das características da violência sexual contra crianças mostrou que 33,7% dos eventos tiveram caráter de repetição, 69,2% ocorreram na residência e 4,6% ocorreram na escola, e 62,0% foram notificados como estupro (Tabela 2).

Entre as crianças do sexo feminino, a análise das notificações de violência sexual mostrou que 33,8% tiveram caráter de repetição, a residência (71,2%) e a escola (3,7%) foram os principais locais de ocorrência, e 61,0% dos eventos foram notificados como estupro (Tabela 2).

Entre as crianças do sexo masculino, a avaliação das notificações de violência sexual mostrou que 33,2% tiveram caráter de repetição, a residência (63,4%) e a escola (7,1%) foram os principais locais de ocorrência, e 64,6% dos eventos foram notificados como estupro (Tabela 2).

A avaliação das características do provável autor da violência sexual contra crianças mostrou que em 74,7% das notificações houve envolvimento de um autor. Em 81,6%, o agressor era do sexo masculino e 37,0% tinham vínculo familiar com a vítima (Tabela 3).

Entre as crianças do sexo feminino, em 75,6% dos casos notificados a violência sexual foi perpetrada por um autor. Em 80,8%, o agressor era do sexo masculino e 39,8% tinham vínculo familiar com a vítima (Tabela 3).

Entre as crianças do sexo masculino, em 72,2% dos casos notificados a violência sexual foi perpetrada por um autor. Em 83,7%, o agressor era do sexo masculino e 35,4% tinham vínculo de amizade/conhecimento (Tabela 3).

TABELA 2 **Características da violência sexual contra crianças notificada no Sinan, segundo sexo, Brasil, 2011-2017**

Características	Criança (n=58.037)[a]					
	Total		Feminino (n=43.034)		Masculino (n=14.996)	
	n	%	n	%	n	%
Ocorreu outras vezes						
Sim	19.542	33,7	14.562	33,8	4.980	33,2
Não	17.881	30,8	13.111	30,5	4.770	31,8
Ignorado	20.607	35,5	15.361	35,7	5.246	35,0
Local de ocorrência						
Residência	40.154	69,2	30.649	71,2	9.505	63,4
Habitação coletiva	475	0,8	303	0,7	172	1,1
Escola	2.656	4,6	1.588	3,7	1.068	7,1
Local de prática esportiva	185	0,3	89	0,2	96	0,6
Bar ou similar	141	0,2	92	0,2	49	0,3
Via pública	1.809	3,1	1.159	2,7	650	4,3
Comércio/serviços	234	0,4	178	0,4	56	0,4
Indústrias/construção	113	0,2	63	0,1	50	0,3
Outros	4.839	8,3	3.311	7,7	1.528	10,2
Ignorado	7.424	12,8	5.602	13,0	1.822	12,1
Tipo de violência sexual[b]						
Assédio sexual	15.693	24,9	11.973	25,8	3.720	22,6
Estupro	39.000	62,0	28.380	61,0	10.620	64,6
Pornografia infantil	2.048	3,3	1.461	3,1	587	3,6
Exploração sexual	1.836	2,9	1.362	2,9	474	2,9
Outros	4.352	6,9	3.321	7,1	1.031	6,3

a. Foram identificadas sete crianças com sexo ignorado.
b. Variável com possibilidade de múltipla escolha. No total, foram identificadas 62.929 respostas, sendo 46.497 para o sexo feminino e 16.432 para o sexo masculino.
Fonte: Sinan/Ministério da Saúde. As bases de 2015 e 2016 podem sofrer alterações. A base de 2017 foi extraída em janeiro de 2018.

TABELA 3 **Características do provável autor da violência sexual contra crianças notificada no Sinan, segundo sexo, Brasil, 2011-2017**

Características	Criança (n=58.037)[a]					
	Total		Feminino (n=43.034)		Masculino (n=14.996)	
	n	%	n	%	n	%
Número de envolvidos						
Um	43.359	74,7	32.534	75,6	10.825	72,2
Dois ou mais	7.180	12,4	4.654	10,8	2.526	16,8
Ignorado	7.491	12,9	5.846	13,6	1.645	11,0
Sexo do autor						
Masculino	47.324	81,6	34.778	80,8	12.546	83,7
Feminino	2.298	4,0	1.728	4,0	570	3,8
Ambos os sexos	1.795	3,1	1.327	3,1	468	3,1
Ignorado	6.613	11,4	5.201	12,1	1.412	9,4
Vínculo do autor com a vítima[b]						
Familiares	20.545	37,0	16.301	39,8	4.244	29,0
Amigos/conhecidos	15.341	27,6	10.148	24,8	5.193	35,4
Desconhecidos	3.639	6,5	2.693	6,6	946	6,5
Outros	16.046	28,9	11.773	28,8	4.273	29,2

a. Foram identificadas sete crianças com sexo ignorado.
b. Variável com possibilidade de múltipla escolha. No total, foram identificadas 55.571 respostas, sendo 40.915 para o sexo feminino e 14.656 para o sexo masculino A categoria "familiares" se refere aos campos pai, mãe, padrasto, madrasta e irmão. A categoria "outros" inclui cuidador, patrão/chefe, pessoa com relação institucional, policial/agente da lei e outros vínculos.
Fonte: Sinan/Ministério da Saúde. As bases de 2015 e 2016 podem sofrer alterações. A base de 2017 foi extraída em janeiro de 2018.

Perfil das notificações de violência sexual contra adolescentes

A avaliação das características sociodemográficas de adolescentes vítimas de violência sexual mostrou que 76.716 (92,4%) eram do sexo feminino e 6.344 (7,6%) eram do sexo masculino. Do total, 67,8% estavam na faixa etária entre 10 e 14 anos, 55,5% eram da raça/cor negra, 7,1% possuíam alguma deficiência ou transtorno e as notificações se concentraram nas regiões Sudeste (32,1%), Norte (21,9%) e Sul (18,8%) (Tabela 4).

Entre as adolescentes do sexo feminino, 67,1% estavam na faixa etária entre 10 e 14 anos, 56,0% eram da raça/cor da pele negra, 6,3% possuíam alguma deficiência ou transtorno e as notificações se concentraram nas regiões Sudeste (31,4%), Norte (22,6%) e Sul (18,4%) (Tabela 4).

Entre os adolescentes do sexo masculino, 75,9% estavam na faixa etária entre 10 e 14 anos, 49,9% eram da raça/cor da pele negra, 17,0% possuíam alguma deficiência ou transtorno e as notificações se concentraram nas regiões Sudeste (41,0%), Sul (23,5%) e Nordeste (14,0%) (Tabela 4).

A avaliação das características da violência sexual contra adolescentes mostrou que 39,8% dos eventos tiveram caráter de repetição, 58,2% ocorreram na residência e 13,9% em via pública, e 70,4% foram notificados como estupro (Tabela 5).

Entre as adolescentes do sexo feminino, a avaliação das notificações de violência sexual mostrou que 39,7% tiveram caráter de repetição, a residência (58,7%) e a via pública (14,1%) foram os principais locais de ocorrência, e 70,9% dos eventos foram notificados como estupro (Tabela 5).

Entre os adolescentes do sexo masculino, a avaliação das notificações de violência sexual mostrou que 40,3% tiveram caráter de repetição, a residência (52,0%) e a via pública (11,4%) foram os principais locais de ocorrência, e 64,2% dos eventos foram notificados como estupro (Tabela 5).

A avaliação das características do provável autor da violência sexual contra adolescentes mostrou que em 78,9% das notificações houve envolvimento de um autor. Em 92,4% o agressor era do sexo masculino e 38,4% tinham vínculo intrafamiliar (familiares e parceiros íntimos) (Tabela 6).

TABELA 4 Características sociodemográficas de adolescentes vítimas de violência sexual notificada no Sinan, segundo sexo, Brasil, 2011-2017

Características	Adolescente (n=83.068)[a]					
	Total		Feminino (n=76.716)		Masculino (n=6.344)	
	n	%	n	%	n	%
Idade						
10 a 14	56.320	67,8	51.506	67,1	4.814	75,9
15 a 19	26.740	32,2	25.210	32,9	1.530	24,1
Raça/cor						
Branca	27.014	32,5	24.741	32,3	2.273	35,8
Negra	46.128	55,5	42.961	56,0	3.167	49,9
Amarela	609	0,7	580	0,8	29	0,5
Indígena	928	1,1	899	1,2	29	0,5
Ignorada	8.381	10,1	7.535	9,8	846	13,3
Deficiência/transtorno						
Sim	5.900	7,1	4.820	6,3	1.080	17,0
Não	67.824	81,7	63.460	82,7	4.364	68,8
Não se aplica	24	0,0	20	0,0	4	0,1
Ignorado	9.312	11,2	8.416	11,0	896	14,1
Região de residência						
Norte	18.185	21,9	17.319	22,6	866	13,7
Nordeste	14.716	17,7	13.829	18,0	887	14,0
Sudeste	26.682	32,1	24.081	31,4	2.601	41,0
Sul	15.583	18,8	14.093	18,4	1.490	23,5
Centro-Oeste	7.864	9,5	7.364	9,6	500	7,9
Ignorada	30	-	30	-	-	-

a. Foram identificadas oito adolescentes com sexo ignorado.
Fonte: Sinan/Ministério da Saúde. As bases de 2015 e 2016 podem sofrer alterações. A base de 2017 foi extraída em janeiro de 2018.

Entre as adolescentes do sexo feminino, em 79,7% dos casos notificados a violência sexual foi perpetrada por um autor. Em 92,8% o agressor era do sexo masculino e 39,8% tinham vínculo intrafamiliar (familiares e parceiros íntimos) (Tabela 6).

Entre os adolescentes do sexo masculino, em 69,4% dos casos notificados a violência sexual foi perpetrada por um autor. Em 87,0% o agressor era do sexo masculino e 41,0% tinham vínculo de amizade/conhecimento (Tabela 6).

Atenção integral às crianças e adolescentes em situação de violência sexual

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem um papel importante na prevenção e enfrentamento à violência e na atenção integral às pessoas que vivenciaram a situação de violência. Nesse sentido, em 2010, o Ministério da Saúde lançou a *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências: orientação para gestores e profissionais de saúde*,[9] importante documento para organizar a atenção às crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violência, orientando sobre suas dimensões: Acolhimento, Atendimento, Notificação e Seguimento na Rede de Cuidado e de Proteção Social.

Seguindo as importantes normativas que norteiam o cuidado das crianças e adolescentes que sofrem violências, destacam-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC),[10] de 2015, que prevê como um dos seus eixos estratégicos a "atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz"; e as

TABELA 5 Características da violência sexual contra adolescentes notificada no Sinan, segundo sexo, Brasil, 2011-2017

Características	Adolescente (n=83.068)[a]					
	Total		Feminino (n=76.716)		Masculino (n=6.344)	
	n	%	n	%	n	%
Ocorreu outras vezes						
Sim	33.030	39,8	30.474	39,7	2.556	40,3
Não	35.859	43,2	33.585	43,8	2.274	35,8
Ignorado	14.171	17,1	12.657	16,5	1.514	23,9
Local de ocorrência						
Residência	48.363	58,2	45.061	58,7	3.302	52,0
Habitação coletiva	715	0,9	563	0,7	152	2,4
Escola	1.149	1,4	889	1,2	260	4,1
Local de prática esportiva	464	0,6	397	0,5	67	1,1
Bar ou similar	772	0,9	730	1,0	42	0,7
Via pública	11.509	13,9	10.783	14,1	726	11,4
Comércio/serviços	1.050	1,3	936	1,2	114	1,8
Indústrias/construção	339	0,4	323	0,4	16	0,3
Outros	9.256	11,1	8.322	10,8	934	14,7
Ignorado	9.443	11,4	8.712	11,4	731	11,5
Tipo de violência sexual[b]						
Assédio sexual	19.121	19,9	17.363	19,6	1.758	23,2
Estupro	67.523	70,4	62.658	70,9	4.865	64,2
Pornografia infantil	1.884	2,0	1.592	1,8	292	3,9
Exploração sexual	3.427	3,6	3.045	3,4	382	5,0
Outros	3.990	4,2	3.709	4,2	281	3,7

a. Foram identificadas oito adolescentes com sexo ignorado.
b. Variável com possibilidade de múltipla escolha. No total, foram identificadas 95.945 respostas, sendo 88.367 para o sexo feminino e 7.578 para o sexo masculino.
Fonte: Sinan/Ministério da Saúde. As bases de 2015 e 2016 podem sofrer alterações. A base de 2017 foi extraída em janeiro de 2018.

Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde[7], que também possui como eixo estruturante "Vitimização juvenil e a integração de políticas interfederativas, governamentais e com a sociedade – Violência doméstica e a violência sexual, mortalidade por causas externas e a promoção da cultura de paz".

O atendimento às pessoas em situação de violência sexual é obrigatório nos estabelecimentos de saúde do SUS, e deve-se dar de forma humanizada, emergencial, integral e multidisciplinar.[11,12,13] O Apêndice 1 apresenta o quadro com os principais diplomas normativos editados pelo Governo Federal no período de 2013 a 2017, relativos à atenção às pessoas em situação de violência sexual.

A atenção primária à saúde é o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, constituindo-se na porta de entrada preferencial do SUS. As Equipes de Saúde da Família (ESF), apoiadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por estarem geograficamente muito próximos das famílias, têm maior possibilidade de identificar sinais e sintomas de violências em crianças e adolescentes, realizar o acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados), notificar os casos e encaminhar para a rede de cuidados e de proteção social.

A partir de 2013, os serviços de referência de atenção às pessoas em situação de violência sexual foram classificados em quatro tipos, que vão desde a atenção ambulatorial em unidades básicas de saúde aos serviços especializados em hospitais. A classificação

TABELA 6 Características do provável autor da violência sexual contra adolescentes notificada no Sinan, segundo sexo, Brasil, 2011-2017

Características	Adolescente (n=83.068)[a]					
	Total		Feminino (n=76.716)		Masculino (n= 6.344)	
	n	%	n	%	n	%
Número de envolvidos						
Um	65.533	78,9	61.131	79,7	4.402	69,4
Dois ou mais	12.800	15,4	11.435	14,9	1.365	21,5
Ignorado	4.727	5,7	4.150	5,4	577	9,1
Sexo do autor						
Masculino	76.742	92,4	71.224	92,8	5.518	87,0
Feminino	1.227	1,5	1.021	1,3	206	3,2
Ambos os sexos	1.961	2,4	1.773	2,3	188	3,0
Ignorado	3.130	3,8	2.698	3,5	432	6,8
Vínculo do autor com a vítima[b]						
Familiares	17.932	21,3	16.723	21,5	1.209	19,1
Parceiros íntimos	14.389	17,1	14.299	18,4	90	1,4
Amigos/conhecidos	23.049	27,4	20.456	26,3	2.593	41,0
Desconhecidos	18.346	21,8	17.174	22,1	1.172	18,5
Outros	10.372	12,3	9.117	11,7	1.255	19,9

a. Foram identificadas oito adolescentes com sexo ignorado.
b. Variável com possibilidade de múltipla escolha. No total, foram identificadas 84.088 respostas, sendo 77.769 para o sexo feminino e 6.319 para o sexo masculino. A categoria "familiares" se refere aos campos pai, mãe, padrasto, madrasta, irmão e filho. A categoria "parceiros íntimos" se refere aos campos cônjuge, ex-cônjuge, namorado e ex-namorado. A categoria "outros" inclui cuidador, patrão/chefe, pessoa com relação institucional, policial/agente da lei e outros vínculos.

detalhada com os critérios, tipos de estabelecimento e de atendimento estão apresentados no Quadro 1.

A análise do número de Serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual, código 165 do SCNES, mostrou que, em abril de 2018, havia 772 serviços cadastrados no país com esse código. Foram identificados 253 (32,8%) serviços cadastrados na região Centro-Oeste, 192 (24,9%) na região Sudeste, 123 (15,9%) na região Sul, 112 (14,5%) na região Nordeste e 92 (11,9%) na região Norte (Figura 2).

No tocante aos serviços de natureza de urgência/ emergência, classificação 001 – Serviço de referência para atenção integral à violência sexual, foram cadastrados no SCNES o total de 239 serviços, sendo 81 (33,9%) na região Sudeste, 59 (24,7%) na região Sul, 44 (18,4%) na região Nordeste, 32 (13,4%) na região Centro-Oeste, e 23 (9,6%) na região Norte. Destacaram-se as quantidades de serviços nos estados de Santa Catarina, Pernambuco, Goiás e no Distrito Federal (Tabela 7).

Em relação aos serviços de atenção ambulatorial às pessoas em situação de violência sexual, classificação 007, foram cadastrados no SCNES o total de 456 serviços, sendo 215 (47,1%) na região Centro-Oeste, 62 (13,6%) no Sul, 61 (13,4%) no Sudeste, 61 (13,4%) no Nordeste, e a região Norte aparece com 57 (12,5%) serviços. Destacaram-se as quantidades de serviços nos estados de Goiás, Santa Catarina, São Paulo, Minas Gerais, Maranhão, Pará e no Distrito Federal.

Quanto aos serviços de interrupção legal da gravidez, classificação 006, foram cadastrados no SCNES 85 serviços, sendo 27 (31,7%) na região Nordeste, 25 (29,4%) na região Sudeste, 14 (16,4%) na região Centro-Oeste, 12 (14,1%) na região Sul, e 7 (8,2%) na região Norte. Destacaram-se as quantidades de serviços nos estados de Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo.

Por seu turno, no que concerne aos serviços de coleta de vestígios, código 008 no SCNES, 112 estabelecimentos se cadastraram nessa classificação, com destaque para a quantidade de serviços na região Sudeste (67; 59,8%). Entretanto, habilitados pelo Ministério da Saúde atendendo aos critérios da Portaria no 1.662 de 2015 e com repasse de recurso, há um total de 6 serviços, distribuídos nos estados de Santa Catarina

QUADRO 1 Descrição dos serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)

Serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual – Código 165 do SCNES			
Classificações do CNES	**Critérios/características dos serviços**	**Tipos de estabelecimento**	**Tipos de atendimento**
001 – Serviço de referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual	Atendimento ininterrupto (24 horas, sete dias por semana), equipe multiprofissional completa (médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, farmacêutico e técnico de enfermagem)	Hospital geral, hospital especializado dos subtipos pediatria ou maternidade, pronto-socorro (geral ou especializado), pronto atendimento, clínica/centro de especialidade, policlínica ou unidade mista	Clínico, psicológico, exames laboratoriais necessários, dispensação e administração de medicamentos para profilaxias, inclusive anticoncepção de emergência
006 – Serviço de referência para interrupção de gravidez nos casos previstos em lei	Funcionamento em regime integral, atenção integral conforme Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento; equipe de referência com médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, farmacêutico e técnico em enfermagem.	Hospital, maternidade, pronto-socorro, Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Clínico, ginecológico, cirúrgico e psicossocial, contando com serviço de apoio laboratorial; apoio diagnóstico e assistência farmacêutica; além da coleta e guarda de material genético.
007 – Serviços de atenção ambulatorial às pessoas em situação de violência sexual	Atendimento conforme suas especificidades e atribuições, a equipe mínima contando com médico, enfermeiro e técnico em enfermagem.	Policlínica, Unidade Básica de Saúde (UBS), unidade mista, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e ambulatórios de hospitais gerais	Acolhimento, atendimento humanizado, encaminhamentos
008 – Serviços com habilitação para realização de coleta de vestígios de violência sexual	Registro de informações em ficha de atendimento multiprofissional, identificação e descrição de vestígios e outros achados nos exames, coleta de vestígios, armazenamento provisório e encaminhamentos previstos na Norma Técnica de Atenção Humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações.	Serviço de referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual	Procedimento de coleta de vestígios de violência sexual

(1), Rio Grande do Sul (1), Paraná (2), São Paulo (1) e Pernambuco (1).

A análise do número de serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual, código 165 do SCNES, por ano, demonstra uma tendência de aumento em todos os tipos de classificação dos serviços de 2014 a 2018, com exceção da classificação 007 (ambulatorial), em que houve decréscimo a partir de 2017. Para os serviços de referência (classificação 001), houve aumento de 92,74% entre os anos de 2014 e 2018, e de 84,62% para os serviços de atenção ambulatorial (classificação 007) no mesmo período.

Discussão

A violência tem consequências profundas para a saúde física e mental nas pessoas que a vivenciam, tendo impacto no desenvolvimento psicossocial das crianças e adolescentes, no bem-estar das famílias e das comunidades, constituindo-se em desafios para os gestores e profissionais da saúde.

O entendimento e a conceituação das violências sexuais têm evoluído de forma importante a partir das lutas feministas e por direitos humanos.[14] No entanto, em diversos contextos, essas agressões ainda funcionam como castigo, imposição de regras e recurso político de dominação.[14]
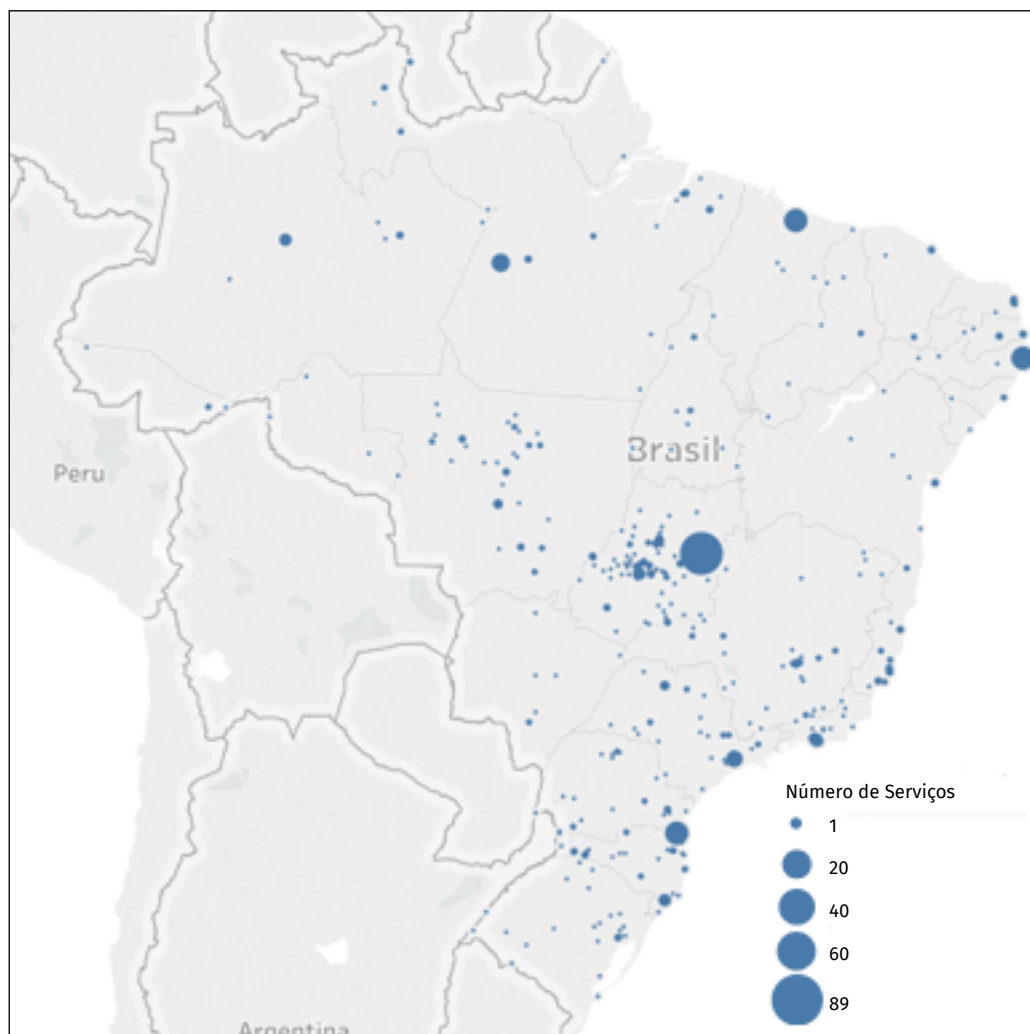
FIGURA 2 Distribuição dos serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual, código 165, nos municípios, Brasil, 2018

A análise dos dados das notificações de violências sexuais no Brasil mostrou que o problema ocorreu com maior frequência entre as crianças e adolescentes do sexo feminino, corroborando o consolidado na literatura nacional.[14] No entanto, os dados apresentam um volume importante de notificações contra as crianças e adolescentes do sexo masculino, tema que precisa ser melhor visibilizado. Nas violências sexuais, os papéis de gênero hegemônicos operam de forma a identificar os homens como agressores e as mulheres como vítimas,[15] o que pode trazer dificuldades e preconceitos para a identificação de homens como vítimas.[14,15]

Tanto nas adolescentes quanto nas crianças, a raça/cor da pele negra concentrou a maior parte das notificações (55,5% e 45,5%, respectivamente), o que pode apontar para vulnerabilidades cruzadas nestes grupos. A proporção de dados ignorados a respeito dessa variável alcançou o patamar de 14,6% na faixa etária de zero a 9 anos, o que deve ser um alerta para a melhoria da qualidade do preenchimento da ficha de notificação.

Destaca-se o maior percentual de adolescentes com deficiências e transtornos (7,1%), especialmente aqueles do sexo masculino (17,0%), em comparação com o percentual observado entre as crianças (3,3%). Essa observação sinaliza para a necessidade de se aprofundar o conhecimento sobre a interseção dessas variáveis.

A avaliação da região de residência apontou que o maior volume de notificações no período ocorreu nas regiões Sudeste (40,4%) e Sul (21,7%), para as crianças, e Sudeste (32,1%) e Norte (21,9%) para os adolescentes. No entanto, é preciso considerar que a quantidade de notificações identificadas em cada Unidade da Federação (UF) é resultado de um processo contínuo de aprimoramento da vigilância de violências e da sensibilidade de gestores e profissionais de saúde para

TABELA 7 **Número de Serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual, por tipo de serviço, de acordo com as regiões e as Unidades da Federação (UFs)**

Região	UF	Atenção às pessoas em situação de violência sexual – Código 165 do SCNES				
		Serviços de referência	Atenção ambulatorial	Interrupção legal da gravidez	Coleta de vestígios	Total
Centro-Oeste		32	215	14	4	253
	Distrito Federal	13	76	4	1	89
	Goiás	13	88	5	0	103
	Mato Grosso do Sul	3	4	1	1	7
	Mato Grosso	3	47	4	2	54
Nordeste		44	61	27	13	112
	Alagoas	1	1	0	0	2
	Bahia	6	4	2	1	10
	Ceará	3	2	4	1	6
	Maranhão	5	30	2	1	36
	Paraíba	4	2	4	0	8
	Pernambuco	12	19	9	3	31
	Piauí	6	2	1	3	9
	Rio Grande do Norte	6	0	4	4	8
	Sergipe	1	1	1	0	2
Norte		23	57	7	13	92
	Acre	3	0	1	0	3
	Amazonas	5	11	3	1	16
	Amapá	1	1	0	0	2
	Pará	6	33	2	11	50
	Rondônia	1	3	0	1	5
	Roraima	1	5	1	0	6
	Tocantins	6	4	0	0	10
Sudeste		81	61	25	67	192
	Espírito Santo	8	14	4	38	56
	Minas Gerais	21	20	5	12	43
	Rio de Janeiro	23	7	8	11	40
	São Paulo	29	20	8	6	53
Sul		59	62	12	15	123
	Paraná	17	9	0	6	26
	Rio Grande do Sul	19	6	6	2	26
	Santa Catarina	23	47	6	7	71
Brasil		239	456	85	112	772[a]

Fonte: Dados extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, abril de 2018.

[a]O número total não corresponde ao somatório dos serviços por tipo e UFs, uma vez que há serviços referentes ao código 165 que se enquadram em mais de uma classificação.
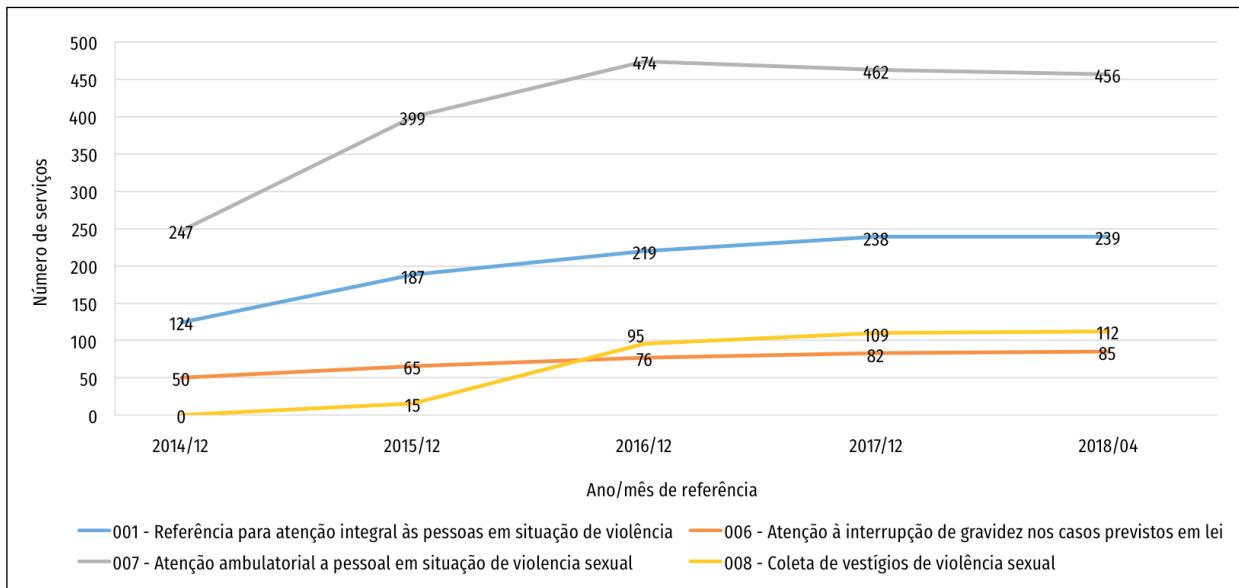
FIGURA 3 Número de serviços de atenção a pessoas em situação de violência sexual, por classificação e ano/mês, Brasil, 2014-2018

a utilização dessa importante ferramenta de cuidado. Apesar do elevado número de casos de violência sexual registrados no Sinan, estima-se que haja subnotificação, tendo em vista que o processo de implementação do Viva não ocorreu de modo homogêneo em todo o território brasileiro.

As notificações no Sinan mostraram um elevado percentual de caráter crônico de violência sexual, ainda mais grave entre os adolescentes. Entretanto, o elevado nível de dados ignorados para essa variável entre as crianças (35,5%) pode ser um reflexo da dificuldade de comunicação oral inerente a essa fase do desenvolvimento. Além disso, os acompanhantes no atendimento em saúde muitas vezes são os prováveis autores da violência, ou possuem vínculo de proximidade com a vítima, fato que dificulta a identificação do histórico crônico do evento.

O local de ocorrência mais apontado nas notificações foi a residência, especialmente para as crianças e adolescentes do sexo feminino (71,2% e 58,7%, respectivamente). Esse fato é corroborado por outras pesquisas,[16] que também apontam esse ambiente como espaço de maior convívio com os prováveis autores de violências. No caso das crianças também se destacam as escolas, de forma mais importante para os meninos (7,1%); e para os adolescentes, a via pública (13,9%).

O tipo de violência sexual mais notificado foi o estupro (62,0% em crianças e 70,4% em adolescentes), cujos casos se concentraram de forma mais grave entre as adolescentes. O estupro é caracterizado pela legislação penal brasileira como o ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”.[15] A ocorrência do estupro provoca diversas repercussões na saúde física, mental e sexual de crianças e adolescentes, além de aumentar a vulnerabilidade às violências na vida adulta.[17]

Os indivíduos do sexo masculino foram apontados como os principais autores das violências sexuais contra crianças e adolescentes. Diante disso, faz-se necessário problematizar essa situação, considerando que esse maior envolvimento como perpetradores das violências sexuais contra estes grupos pode ser reflexo da afirmação de uma identidade masculina hegemônica, marcada pelo uso da força, provas de virilidade e exercício de poder sobre outros corpos.[15] Dessa forma, é relevante a promoção de novas formas de masculinidades que superem esse padrão e permitam a manifestação de diversas identidades possíveis.[15]

A análise dos dados sobre as violências sexuais contra crianças apontou que a maior parte dos autores tinha vínculo familiar e amizade/conhecimento com as vítimas, demonstrando o caráter relacional desse evento, também já identificado na literatura nacional.[16] No caso das adolescentes do sexo feminino, esse padrão intrafamiliar se mantém e observa-se que os principais autores eram pessoas da família, do relacionamento íntimo ou classificados como amigos/conhecidos . Por sua vez, entre os adolescentes do sexo

masculino, se destacaram os autores com vínculo de amizade/conhecimento.

Os perfis descritos das violências sexuais contra crianças e adolescentes apontam para a dificuldade em dar visibilidade ao problema, seja pelo seu caráter íntimo e relacional, pela menor autonomia dos indivíduos em realizar a comunicação das ocorrências ou pelo estigma social e sentimento de vergonha. Assim, é fundamental o olhar atento das equipes de saúde para captar as violências "ocultas", de forma humanizada, e prover o cuidado e o encaminhamento oportunos, dentro da rede de atenção e proteção social.

Neste sentido, a *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência*, editada pelo Ministério da Saúde, é uma estratégia de indução das práticas humanizadas e de qualificação de serviços para o alcance da atenção integral à saúde nos três níveis de atenção – básica, média e alta complexidade – e nas dimensões do cuidado, acolhimento, atendimento, notificação e seguimento em rede. Ela também enfatiza a importância da integração das políticas sociais, da divulgação dos serviços de proteção, da construção dos fluxos de atendimento e de espaços de discussão entre os integrantes da rede, sendo a articulação intersetorial fundamental para a integralidade do cuidado.

Visando à implementação da *Linha de Cuidado*, a PNAISC e as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens articulam um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de serem organizadas metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança e a adolescentes em situação de violência. Englobam também a articulação de ações intrassetoriais e intersetoriais na temática; e o apoio à implementação de protocolos, planos e outros compromissos sobre o enfrentamento às violações de direitos da criança pactuados com instituições governamentais e não governamentais, que compõem o SGD.

Apesar de a série histórica do número de serviços por classificação/ano demonstrar uma tendência de aumento, a análise dos dados obtidos a partir do Sistema de SCNES, no tocante à distribuição dos serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual no Brasil, demonstra uma distribuição não equânime na organização dos serviços de saúde, evidenciando desigualdades regionais, particularmente em relação às regiões Norte e Nordeste do país, havendo capitais com nenhum serviço cadastrado ou em número reduzido, o que se configura, portanto, como um desafio a ser superado.

Com relação aos serviços de coleta de vestígios, é importante destacar que não haverá formalização de laudo pericial pelos profissionais do SUS, mas tão somente a realização do exame físico, a descrição das lesões, o registro de informações e a coleta de vestígios. A área da saúde não possui atribuição sobre ação investigativa de autoria e apuração dos fatos, sendo esta a responsabilidade do sistema de Justiça.

Cabe ressaltar que o cadastramento e atualização no CNES é responsabilidade do gestor local. O monitoramento do CNES é previsto nas próprias portarias que organizam a atenção às pessoas em situação de violência sexual, e é utilizado para balizar as decisões, sobretudo em relação à expansão dos serviços e à oferta de ações de capacitações em parceria com estados e municípios.

Considerações gerais

Em que pesem os avanços na atenção integral à saúde de crianças e adolescentes, ainda são grandes os desafios para lidar com questões complexas que envolvem aspectos relativos à moral, à ética, à ideologia e à cultura, exigindo do profissional e dos gestores da saúde outras habilidades não adquiridas durante sua formação acadêmica[9].

Assim, o Ministério da Saúde tem o intuito de fortalecer a atuação dos profissionais de saúde para a importância da integralidade do cuidado em todas as suas dimensões (acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidados e de proteção social), bem como sensibilizar os gestores para a organização dos serviços e a atuação em rede no território, por meio de ações de prevenção, habilitações de novos serviços de atenção integral às pessoas em situação de violência e capacitações dos/das profissionais.

Dada a sua natureza multidimensional, respostas eficazes e abrangentes exigem a articulação e integração das instâncias públicas governamentais e interfederativas de vários setores (como saúde, assistência social, educação, segurança pública, entre outros) e da sociedade civil, integrantes do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, na promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos desse público.

Referências

1. World Health Organization. Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2018 Jun 11]. 64 p. Available in: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252276/9789241511537-eng.pdf?sequence=1
2. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. Pediatrics. 2016 Jan;137(3):e20154079.
3. Organização Mundial da Saúde. Prevenindo a violência juvenil: um panorama das evidências [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015 [citado 2018 jun 11]. 84 p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181008/9789241509251-por.pdf?sequence=5
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2011 jan 26; Seção 1:37.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2014 jun 9; Seção 1:67.
6. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1990 jul 16; Seção 1:13563.
7. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção em Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 2018 jun 11]. 132 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2018 jun 11]. 92 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 2018 jun 11]. 104 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_criancas_familias_violencias.pdf
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação MS/GM nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2017 out 3; Suplemento:61.
11. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Serviço Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2013 mar 14; Seção 1:01.
12. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2013 ago 2; Seção 1:01.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.662, de 2 de outubro de 2015. Define critérios para habilitação para realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no Sistema Único de Saúde (SUS), inclui habilitação no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e cria procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2015 out 06; Seção 1:26.
14. Deslandes SF, Mendes CHF. Violências sexuais na perspectiva do campo da saúde. In: Minayo MCS, Assis SG, organizadores. Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p. 397-416.

15. Gomes R, Cecchetto FR, Nascimento M. Homens e violências: relações naturalizadas e desafiadoras para a saúde. In: Minayo MCS, Assis SG, organizadores. Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p. 187-201.
16. Avanci JQ, Assis SG, Deslandes SF, Silveira LMB, Pesce RP, Mata NT. Violência contra a criança e o adolescente: descobertas e desafios. In: Minayo MCS, Assis SG, organizadores. Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p. 161-186.
17. Carvalho LS, Assis SG, Pires TO. Violência sexual em distintas esferas relacionais na vida de adolescentes. Adolesc Saúde. 2017 jan-mar;4(1):14-21.

APÊNDICE

Diplomas normativos relativos à atenção às pessoas em situação de violência sexual (2013-2017)	
Portaria	**Objeto**
Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013	Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013	Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS.
Resolução nº 162, de 28 de janeiro de 2014	Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes.
Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Capítulo VII, Seção I (Origem: PRT MS/GM 485/2014)	Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS.
Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Capítulo I, Seção I (Origem: PRT MS/GM 204/2016)	Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Inclui a violência doméstica, sexual e/ou outras violências na lista de notificação compulsória.
Portaria nº 618, de 18 de julho de 2014	Altera a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para o serviço 165 – Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento.
Portaria nº 2.415, de 7 de novembro de 2014	Inclui o procedimento Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual e todos os seus atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS.
Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015.	Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos.
Portaria interministerial nº 288, de 25 de março de 2015	Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios.
Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Seção III. Art. 4º. Anexo X. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015)	Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Eixo estratégico de "atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz".
Portaria nº 1.662, de 2 de outubro de 2015	Define critérios para habilitação para realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no Sistema Único de Saúde (SUS), inclui habilitação no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e cria procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS.
Lei nº 13.285, de 10 de maio de 2016	Dispõe sobre a preferência de julgamento dos processos concernentes a crimes hediondos.
Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017	Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).